

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-deuxième session
Luanda, République d'Angola, 19–23 novembre 2012

Point 14 de l'ordre du jour

VIH/SIDA : STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. Plus de trente ans après sa découverte, la pandémie du VIH/sida continue de poser un problème de développement durable dans la Région africaine de l'OMS, qui supporte 69 % de la charge de morbidité totale et enregistre plus de 70 % des décès liés au sida dans le monde. Certes, le nombre de nouvelles infections à VIH a diminué, mais la prévalence régionale reste élevée et d'un niveau inacceptable, car elle était estimée à 4,8 % en 2011, même si le taux est bien plus élevé en Afrique australe.
2. Il y a eu un engagement politique et financier sans précédent aux niveaux mondial et régional en faveur de la riposte au VIH. Cet engagement s'est traduit par l'intensification des actions de prévention, de traitement et de soins du VIH/sida dans l'ensemble des pays. Les résultats sont encourageants : le nombre de nouvelles infections est en baisse dans un nombre accru de pays et la mortalité liée au VIH a diminué comme le montrent les chiffres de 2010. Pour consolider ces acquis, la Région doit intensifier les efforts de riposte au VIH en mobilisant des ressources internes, en optimisant les synergies entre les programmes de lutte contre l'infection à VIH et d'autres programmes de santé, et en contribuant au renforcement des systèmes de santé.
3. Une nouvelle stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2011. Le présent document, qui constitue une version actualisée de la stratégie régionale sur le VIH/sida, fournit des orientations pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale de l'OMS dans la Région africaine, en tenant compte des principales spécificités régionales.
4. Les interventions proposées comprennent l'intensification de la prévention, l'élimination de nouvelles infections à VIH chez les enfants et l'élargissement de l'accès au dépistage et au traitement du VIH. L'on espère que la présente stratégie contribuera à éliminer de nouvelles infections chez les enfants, à diminuer le nombre de nouvelles infections chez les jeunes, ainsi que la mortalité liée au VIH. Le renforcement des systèmes de santé et la réduction des comorbidités telles que la coïnfection tuberculose-VIH sont des éléments fondamentaux à l'atteinte des cibles fixées dans la stratégie régionale. Il est proposé de mettre en œuvre les interventions de manière intégrée pour en maximiser l'efficacité. À cet effet, la participation de l'ensemble des acteurs, y compris les communautés, s'avère nécessaire, sous la houlette des pouvoirs publics.
5. Le Comité régional a examiné et adopté la stratégie proposée sur le VIH/sida pour la Région africaine.

SOMMAIRE

	Paragraphes
INTRODUCTION	1–5
ANALYSE DE SITUATION ET JUSTIFICATION	6–15
STRATÉGIE RÉGIONALE	16–39
CONCLUSION	40–42

INTRODUCTION

1. Voici plus de trente ans que les premiers cas de VIH/sida ont été notifiés, quinze ans que le traitement antirétroviral hautement actif est devenu une réalité et six ans que les Nations Unies ont pris l'engagement politique visant l'élargissement de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et aux services d'accompagnement¹ du VIH. Si le nombre de nouvelles infections à VIH a diminué, la prévalence régionale reste élevée et les pays d'Afrique australe demeurent l'épicentre de l'épidémie². La charge de morbidité élevée due au VIH est l'un des facteurs qui contribuent aux niveaux élevés de mortalité maternelle et des enfants de moins de cinq ans dans la Région.

2. L'engagement politique visant à enrayer la propagation du VIH/sida et à inverser la tendance actuelle ne cesse de se concrétiser, comme le prouve l'adoption au niveau mondial des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). De même, des progrès rapides ont été réalisés sur le plan du financement de la lutte contre le sida, grâce au Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ainsi qu'à d'autres donateurs bilatéraux et multilatéraux. Ainsi, l'investissement dans la mise en place d'une riposte au VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire a quasiment été multiplié par dix, passant de US \$1,6 milliard à US \$15,9 milliards entre 2001 et 2009³.

3. La dynamique de l'intensification des efforts de lutte contre le VIH/sida s'est encore amplifiée au niveau régional, grâce notamment : à l'engagement pris par les chefs d'État et de Gouvernement de l'Union africaine, en 2006, dans le cadre de l'Appel d'Abuja en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH et le sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique⁴; à la Décision de l'Assemblée de l'Union africaine à Kampala en 2010 de faire de 2015 l'échéance pour l'atteinte des objectifs ciblés par l'Union africaine⁵; à l'adoption d'une résolution par la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'Afrique⁶; et à l'allocation croissante de ressources nationales à la lutte contre l'infection à VIH. L'adoption en 2008 de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé⁷, qui reprend les principes de la Déclaration d'Alma-Ata, a favorisé le consensus régional sur la nécessité de continuer à intégrer la fourniture de services du VIH dans le contexte du renforcement des systèmes de santé.

4. Le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté la stratégie de lutte contre le VIH/sida et les maladies sexuellement transmissibles dans la Région africaine⁸ au cours de sa quarante-sixième session tenue en 1996, et le Cadre de mise en œuvre⁹ de cette stratégie en 2000, au cours de sa cinquantième session. Par la suite, une stratégie d'intensification et d'accélération de la prévention du VIH dans la Région africaine a été adoptée par le Comité régional en 2006¹⁰. L'objectif de la stratégie était d'accélérer les efforts de prévention et de réduire l'impact du VIH/sida par la création d'un

¹ Assemblée générale des Nations Unies. *Résolution UN A/RES/60/262, Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH/sida*. New York, juin 2006.

² Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. *Le VIH dans la Région africaine de l'OMS, mise à jour de 2011*. Brazzaville, 2011.

³ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida, 2010*. Genève, 2010.

⁴ Union africaine (UA). *Appel d'Abuja en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH et le sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique*. Abuja, Nigeria, 2-4 mai 2006, Union africaine, 2006.

⁵ Union africaine (UA). 16^{ème} Sommet des chefs d'État et de Gouvernement. Kampala, Ouganda, juin 2010.

⁶ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. «Résolution AFR/RC55/R6, Accélération des efforts de prévention du VIH dans la Région africaine», in *Cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique*. Maputo, Mozambique, 22-26 août 2005. *Rapport final (AFR/RC55/20)*, pp. 16-19. Brazzaville, 2005.

⁷ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire*. Brazzaville, 2008.

⁸ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. «Résolution AFR/RC46/R2, Stratégie de lutte contre le VIH/sida et les MST dans la Région africaine», in *Quarante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique*. Brazzaville, 1996.

⁹ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. «Résolution AFR/RC50/R5, intitulée 'Stratégie de lutte contre le VIH/sida dans la Région africaine : Cadre de mise en œuvre'», in *Cinquante session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique*. Ouagadougou, Burkina Faso, 28 août-2 septembre 2000. *Rapport final*, pp. 16-20. Brazzaville, 2000.

¹⁰ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. «Résolution AFR/RC56/R3, intitulée 'Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération'», in *Cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique*. Addis-Abeba, Éthiopie, 28 août-1^{er} septembre 2006. *Rapport final (AFR/RC56/24)*, pp. 13-15. Brazzaville, 2006.

environnement favorable, l'amélioration de l'accès au traitement et aux soins du VIH, le renforcement des systèmes de santé et l'augmentation des ressources financières nécessaires à la riposte au VIH.

5. Une nouvelle stratégie mondiale du secteur de la santé¹¹ sur le VIH/sida a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2011. Le présent document, qui constitue une version actualisée de la stratégie régionale sur le VIH/sida, fournit des orientations pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale de l'OMS dans la Région africaine, en tenant compte des principales spécificités régionales. Il définit la contribution du secteur de la santé à la riposte multisectorielle élargie au VIH/sida dans la Région africaine pour la période 2012-2015.

ANALYSE DE SITUATION ET JUSTIFICATION

Analyse de situation

6. À la fin de l'année 2011, l'on estimait à 34,2 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS) dans le monde. L'Afrique subsaharienne comptait 23,5 millions de PVVS, au nombre desquelles 3,1 millions d'enfants âgés de moins de quatorze ans, soit près de 80 % de la charge de morbidité mondiale totale liée au VIH/sida chez les enfants. Sur les 2,5 millions de nouvelles infections notifiées dans le monde en 2011, 1,7 millions (68 %) sont survenues en Afrique subsaharienne, qui affiche un taux de prévalence globale de 4,8 % pour le VIH, avec de grandes variations entre pays. À titre d'exemple, la prévalence du VIH est inférieure à 0,1 % de la population nationale en Algérie, alors qu'elle se situe à 35 % de la population au Swaziland. Toujours en 2011, près de 1,7 million d'adultes et d'enfants sont décédés de causes liées au VIH/sida dans le monde, dont 1,2 million (71 % des cas) en Afrique subsaharienne¹². Il convient de relever également que la Région africaine abrite 80 % des cas de coïnfection tuberculose-VIH¹³ notifiés dans le monde. Les femmes continuent de payer le plus lourd tribut à l'épidémie de VIH/sida dans la Région. Les données issues d'enquêtes auprès de populations indiquent que les femmes sont plus infectées que les hommes, même si les ratios varient d'un pays à l'autre¹⁴. En Zambie par exemple, la prévalence du VIH chez les femmes âgées de 15 à 24 ans est près de quatre fois plus élevée que celle des hommes de la même tranche d'âge¹⁵.

7. L'épidémie de VIH/sida continue d'avoir un lourd impact sociodémographique et économique dans la Région africaine. Selon des projections, d'ici 2050¹⁶, l'espérance de vie devrait diminuer dans la Région, par rapport aux autres régions du monde, dans une fourchette comprise entre 12 et 17 ans. Le VIH/sida affecte l'économie en réduisant l'offre de main-d'œuvre, cette dernière ployant sous une mortalité et une morbidité élevées. Il est estimé que l'effet du VIH/sida sur le produit intérieur brut (PIB) des pays les plus touchés se traduit par la perte de 1,5 % du PIB chaque année¹⁷. Le VIH/sida a des conséquences directes sur la main-d'œuvre dans la Région africaine. Le Botswana a par exemple perdu environ 17 % de ses effectifs sanitaires au VIH/sida entre 1999 et 2005, alors qu'une étude conduite dans une région de Zambie a révélé que 40 % des sages-femmes étaient VIH-positives et que les ratios de la perte du personnel de santé, par catégorie, étaient de 30 % pour les médecins, 36 % pour les sages-femmes et 33 % pour les personnels infirmiers¹⁸. Une étude réalisée en Afrique du Sud a

¹¹ Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida*. Genève, mai 2011.

¹² Organisation mondiale de la Santé. *Le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de la santé vers un accès universel – Rapport de situation 2011*. Genève, 2011.

¹³ Organisation mondiale de la Santé. *Rapport OMS 2011 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*. Genève, 2011.

¹⁴ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Le VIH dans la Région africaine de l'OMS – Mise à jour 2011*. Brazzaville, 2011.

¹⁵ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida, 2008* ([http://www.unaids.org/en/knowledgecentre/HIV/Data/GlobalReport,2008](http://www.unaids.org/en/knowledgecentre/HIV>Data/GlobalReport,2008); dernière consultation le 13 avril 2012).

¹⁶ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida, 2006 – Chapitre 4 : Impact du sida sur les populations et la société*. Genève, Suisse, 2006.

¹⁷ Rosen S. et al (2004). *The cost of HIV/AIDS to businesses in Southern Africa* (<http://journal.lww.com/aidsonline/toc/2004/01230>) AIDS 18:317-324; dernière consultation le 13 avril 2012.

¹⁸ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida, 2006*. Genève, Suisse, 2006.

montré que 21 % des enseignants âgés de 25 à 34 ans vivaient avec le VIH/sida¹⁹. Tous les travailleurs infectés et affectés sont susceptibles de s'absenter de leur lieu de service, et un absentéisme prolongé peut être la conséquence d'un effet psychologique de la maladie.

8. Des progrès remarquables ont été réalisés dans la lutte contre le VIH/sida dans la Région africaine. D'une manière générale, le nombre de nouvelles infections diminue dans 22 pays²⁰ et se stabilise dans 11 États Membres²¹. Cette situation est conforme à la cible fixée pour l'OMD 6, à savoir : «D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance». Le nombre de décès liés au sida baisse également dans la Région, 16 pays ayant rapporté une diminution de la mortalité imputable au sida entre 2001 et 2009, dans une fourchette comprise entre 11 % au Congo et 72 % au Rwanda²².

9. À la fin de l'année 2011, l'accès à la thérapie antirétrovirale avait été multiplié par cinquante dans la Région, pour se situer à 6,2 millions de patients couverts, alors que la couverture par cette thérapie n'avait touché que 100 000 patients en 2003. Autrement dit, en fin 2010, 56 % des 10,4 millions de personnes considérées comme ayant besoin de cette thérapie²³ avaient accès aux antirétroviraux. Le Botswana, les Comores, la Namibie et le Rwanda ont assuré la couverture universelle par la thérapie antirétrovirale et 12 pays affichent des taux de couverture supérieurs à 50 %²⁴, ce qui prouve qu'une mise à l'échelle rapide est possible par une action de santé publique. Le pourcentage de femmes enceintes VIH-positives ayant reçu des médicaments au titre de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH est passé de 15 % en 2005 à 60 % en 2010. En ce qui concerne l'atteinte de la cible de l'accès universel par la thérapie antirétrovirale, sept pays²⁵ ont dépassé le seuil de 80 % de couverture des malades du sida par des antirétroviraux efficaces.

10. En dépit de ces acquis, l'épidémie de VIH/sida continue de sévir avec acuité. Les actions de prévention de l'infection à VIH demeurent fragmentées et insuffisantes, surtout chez les principales populations. Des partenaires continuent de mettre en œuvre une grande variété de projets verticaux, et l'on ne réussit pas encore à trouver l'équilibre ni à faire le lien entre les interventions du secteur de la santé et la riposte multisectorielle au sens large. L'accès au traitement du VIH reste inférieur à 50 %, et la majorité des personnes ne connaissent pas leur statut sérologique. On constate également une interaction entre le VIH/sida et d'autres maladies transmissibles telles que la tuberculose, le paludisme, l'hépatite B, l'hépatite et des maladies non transmissibles comme les cancers et d'autres pathologies qui doivent faire l'objet de prise en charge.

11. La crise des ressources humaines dans nombre de pays de la Région a négativement affecté la fourniture de services. Trente-six des 46 États Membres de la Région africaine figurent dans la liste des 57 pays du monde considérés comme faisant face à une crise de ressources humaines pour la santé²⁶. Les capacités de laboratoire pour le diagnostic et le suivi du VIH, l'accès même aux laboratoires, y compris pour le diagnostic précoce du VIH et la numération des CD4 chez les enfants, demeurent insuffisants. Les systèmes de gestion de l'achat et de la fourniture des médicaments et autres produits médicaux du VIH, notamment pour le traitement d'infections opportunistes, et les commodités demeurent faibles, ce qui entraîne souvent des ruptures de stock. La faiblesse des systèmes d'information sanitaire empêche le suivi efficace des progrès réalisés.

¹⁹ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida, 2006*. Genève, Suisse, 2006.

²⁰ Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Guinée, Guinée-Bissau, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, République centrafricaine, Rwanda, Sierra Leone, Swaziland, Togo, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

²¹ Angola, Bénin, Cameroun, Ghana, Kenya, Lesotho, Niger, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo et Sénégal.

²² Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Le VIH dans la Région africaine de l'OMS – Mise à jour 2011*. Brazzaville, 2011.

²³ Organisation mondiale de la Santé. *Le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de la santé vers un accès universel – Rapport de situation 2011*. Genève, 2011.

²⁴ Afrique du Sud, Bénin, Gabon, Guinée, Kenya, Lesotho, Malawi, Sénégal, Swaziland, Togo, Zambie et Zimbabwe.

²⁵ Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie, Swaziland, Tanzanie et Zimbabwe.

²⁶ Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2006*. Genève, 2006.

12. La dépendance excessive à l'égard des donateurs et du financement international met à mal la viabilité des actions de lutte contre le VIH, particulièrement dans un contexte marqué par l'application de la décision du Fonds mondial d'annuler le Round 11. Par exemple, on estime qu'en 2010²⁷, 88 % de la dépense consacrée à la lutte contre le VIH/sida dans les pays à faible revenu provenaient de sources de financement internationales. En outre, des niveaux élevés d'inégalités entre hommes et femmes, de stigmatisation et de discrimination perdurent, alors que les actions visant l'élimination de ces inégalités demeurent insuffisantes.

Justification

13. La nouvelle stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida adoptée en mai 2011 s'est fixée pour objectif majeur d'assurer l'accès universel à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins du VIH d'ici 2015. La stratégie mondiale vise à orienter la contribution du secteur de la santé pour qu'elle soit en phase avec la vision du monde définie dans la stratégie du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) pour 2011–2015²⁸, à savoir : *Zéro nouvelle infection à VIH. Zéro discrimination. Zéro décès lié au sida.*

14. En outre, de nouvelles approches ont émergé, avec pour corollaire la définition de nouveaux objectifs et l'adoption de nouveaux engagements au niveau mondial, d'où la nécessité de mettre à jour la stratégie régionale sur le VIH/sida. Ces objectifs et engagements comprennent : l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH; le maintien en vie des mères infectées par le VIH; la fourniture de services de circoncision masculine médicalisée; l'adoption de la *prévention associée* (association d'actions comportementales, biomédicales et structurelles de prévention de l'infection à VIH); l'utilisation d'antirétroviraux dans le cadre de la prévention; un début précoce du traitement pour améliorer la survie et la qualité de vie; un accent marqué placé sur la prévention des maladies non transmissibles chez les PVVS.

15. Il convient de redéfinir la riposte au VIH/sida par l'intégration des services dans les systèmes de santé, la décentralisation des services, la sélection et la mise à l'échelle d'approches efficaces, ainsi que la satisfaction des besoins de l'ensemble des communautés, sans discrimination aucune. Eu égard à ce qui précède, il s'avère important d'actualiser la stratégie régionale sur le VIH/sida pour l'aligner sur la nouvelle stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida de l'OMS et sur les cadres stratégiques²⁹ au sens large. Il convient également d'intensifier les efforts pour mettre en place une riposte du secteur de la santé au VIH/sida, avec un accent particulier sur les besoins des femmes, des filles et d'autres principales populations.

STRATÉGIE RÉGIONALE

Vision, buts et cibles

16. La stratégie régionale partage la vision de la stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida 2011–2015, qui est de parvenir à «zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au sida et zéro discrimination dans un monde où les personnes vivant avec le VIH peuvent vivre longtemps et en bonne santé».

²⁷ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida, 2010*. Genève, 2010.

²⁸ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). *Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015*. Genève, Suisse, 2010.

²⁹ Objectifs du Millénaire pour le développement et engagements en faveur de l'accès universel.

17. Les buts visés sont les suivants :

- a) accélérer les ripostes nationales au VIH et réaliser des progrès vers l'atteinte des cibles fixées par les pays en matière d'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien dans le domaine du VIH;
- b) contribuer à l'atteinte du sixième objectif du Millénaire pour le développement (OMD 6), des autres objectifs liés à la santé et des cibles associées, et agir sur les déterminants de la santé au sens large.

18. Les cibles fixées pour 2015 dans la Région, qui se fondent sur les données de référence de 2009 et sont conformes aux cibles mondiales, consistent à diminuer :

- a) de 50 % le pourcentage des jeunes de 15-24 ans infectés par le VIH;
- b) de 90 % le nombre de nouvelles infections chez les enfants, avec un accent particulier chez les enfants âgés de moins de deux ans;
- c) de 25 % les décès liés au VIH/sida; et
- d) de 50 % les décès liés à la coïnfection tuberculose-VIH, en prenant l'année 2004 comme base.

Principes directeurs

19. Les principes directeurs de la présente stratégie sont les suivants :

- a) **Une approche fondée sur les droits de l'homme vers l'accès universel.** La stratégie vise à favoriser l'adoption d'une approche fondée sur les droits de l'homme, notamment l'accès équitable de l'ensemble des populations à des services répondant aux normes de qualité les plus élevées.
- b) **Une prestation des services intégrée.** La stratégie vise : la fourniture de services du VIH en les intégrant dans les systèmes de santé; l'établissement de liens forts avec d'autres programmes prioritaires; le renforcement de l'interface entre le secteur de la santé et d'autres secteurs.
- c) **L'efficacité dans l'utilisation des ressources.** La stratégie préconise l'optimisation des résultats et l'obtention de l'impact sanitaire le plus élevé possible, grâce à l'usage optimal des ressources humaines, financières et technologiques disponibles.
- d) **La décentralisation.** La stratégie vise le renforcement des capacités locales et la délégation d'autorité aux niveaux opérationnels pour améliorer la fourniture d'interventions et de services sanitaires de qualité.
- e) **La participation communautaire.** La stratégie vise à autonomiser les communautés et la société civile, y compris les personnes vivant avec le VIH/sida, pour leur permettre de jouer leurs rôles qui consistent à porter à l'échelle les interventions, à tous les niveaux.
- f) **L'appropriation par les pays et des partenariats efficaces.** La stratégie vise à garantir l'alignement des actions des partenaires sur les cadres stratégiques nationaux de riposte, les dispositifs de coordination et les systèmes de suivi-évaluation définis par le gouvernement.

Interventions

20. Il faut impérativement élargir la couverture et améliorer la qualité des services du VIH pour atteindre les buts et cibles fixés au niveau régional. Pour ce faire, deux approches principales s'avèrent nécessaires : a) la mise en œuvre d'interventions prioritaires liées à la prestation de services; b) la prise de mesures visant à renforcer la capacité des systèmes de santé pour leur permettre de fournir des services adaptés.

Interventions prioritaires liées au VIH/sida

21. **Intensifier la prévention.** La démarche la plus efficace pour réduire le nombre de nouvelles infections à VIH consiste à associer des interventions comportementales, biomédicales et structurelles de prévention adaptées à l'épidémie nationale. Les actions doivent être élargies pour inclure la promotion de la santé, des conseils pour un changement de comportement, le dépistage et des services du VIH de qualité, les programmes de promotion des préservatifs masculin et féminin, la circoncision masculine médicalisée, sûre et volontaire (dans des milieux à prévalence élevée du VIH affichant de faibles taux de circoncision masculine) et la thérapie antirétrovirale précoce. En outre, les services de santé doivent appliquer des procédures de lutte contre l'infection et des mesures connexes, à savoir les précautions universelles, la sécurité des injections et des actes chirurgicaux, la sécurité transfusionnelle, l'élimination sûre des déchets et la prophylaxie postexposition en cas d'exposition professionnelle au VIH.

22. **Éliminer la transmission mère-enfant et améliorer la survie de la mère et de l'enfant.** Les pays doivent porter à l'échelle les approches de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, y compris en fixant des cibles nationales en vue d'éliminer le VIH chez les enfants et de permettre aux mères VIH-positives de vivre plus longtemps. Les principales composantes devraient être la prévention de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer et la fourniture à ces femmes de services de dépistage du VIH et de conseil; la prévention des grossesses non désirées; la réduction de la transmission du VIH des femmes infectées à leurs enfants; l'adoption de politiques d'alimentation sans risque sanitaire du nourrisson; et la fourniture de soins et de traitement précoces aux femmes vivant avec le VIH, à leurs enfants et à leurs familles. Il faut impérativement intégrer ces interventions dans la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, dans la santé sexuelle et génésique, ainsi que dans d'autres services de santé. De telles interventions auront un effet positif sur les OMD 4 et 5.

23. **Élargir l'accès à des services diversifiés de dépistage du VIH et de conseil.** Le dépistage du VIH doit être volontaire, confidentiel et accompagné par des conseils appropriés, qu'il soit fait à l'initiative du client ou du prestataire. Les services accélérés de dépistage et de conseil, avec de brefs intervalles entre le dépistage et les résultats du test effectué par un adulte ou un enfant, s'avèrent nécessaires pour la prévention, le diagnostic précoce et l'orientation vers des programmes de soins et de traitement. Pour améliorer l'utilisation et garantir la poursuite du traitement, il faudra impérativement adapter les services de conseil et de dépistage à des populations spécifiques à risque d'infection à VIH, notamment les couples sérodiscordants, les travailleurs ou travailleuses du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, ainsi que les hommes et femmes en uniforme.

24. **Élargir et optimiser le traitement et les soins du VIH pour les enfants, les adolescents et les adultes.** Les pays doivent mettre à jour leurs protocoles nationaux de traitement en s'inspirant des lignes directrices actualisées de l'OMS, formuler des plans de mise en œuvre et mobiliser des ressources en vue de l'intensification des activités. La thérapie antirétrovirale doit débiter très tôt pour réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et maximiser l'effet de la prévention des épidémies de VIH/sida et de tuberculose. Le traitement doit être basé sur les schémas thérapeutiques les plus simples, les plus tolérables et les plus solides recommandés par l'OMS, et sur des outils simplifiés de diagnostic et de suivi dans les centres de soins et en laboratoire. Les soins et le soutien nutritionnels doivent être fournis pour améliorer l'efficacité, la conformité et la poursuite du traitement, ainsi que la qualité de vie des malades.

25. **Réduire les coinfections et les comorbidités chez les personnes vivant avec le VIH.** Les pays doivent investir dans les apports, les processus et les capacités permettant de prendre en charge les comorbidités. Les programmes de traitement et de soins doivent inclure la prophylaxie (notamment la vaccination, la lutte antivectorielle et la prophylaxie au cotrimoxazole et à l'isoniazide), le diagnostic et le traitement des infections opportunistes et comorbidités courantes. Une importante toute particulière

doit être accordée au diagnostic et au traitement de la tuberculose, de la pneumonie, de la diarrhée, du paludisme, de l'hépatite virale, de la malnutrition et d'autres affections cliniques plus graves chez les personnes infectées par le VIH. Les services de lutte contre le VIH doivent également dépister les tumeurs malignes courantes et évaluer, prévenir et prendre en charge les troubles mentaux.

26. Renforcer les activités de collaboration contre la tuberculose et le VIH. Des politiques, programmes de formation et procédures communs contre la tuberculose et le VIH doivent être renforcés afin de prévenir et de prendre en charge la coïnfection VIH-tuberculose. Il faut effectuer la surveillance de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux et la surveillance de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH, et harmoniser les systèmes de suivi et d'évaluation.

27. Fournir des soins et un soutien intégrés aux personnes infectées par le VIH avec la participation des communautés. Les soins palliatifs, communautaires et à domicile du VIH devraient reposer sur une approche multidisciplinaire visant à combler tous les besoins des personnes vivant avec le VIH. Le renforcement des systèmes de soins communautaires, y compris des capacités des dispensateurs de soins communautaires et à domicile, s'avère primordial pour la fourniture de services intégrés et décentralisés, la réduction du nombre de patients ne faisant plus l'objet de suivi, l'élargissement des ripostes nationales au VIH et l'amélioration des résultats sanitaires. Les associations de personnes vivant avec le VIH/sida doivent être encouragées à jouer un rôle de premier plan pour faire participer les communautés à la prévention, au respect du traitement par les malades et à la réduction de la stigmatisation liée au VIH/sida.

28. Fournir un ensemble complet d'interventions de lutte contre le VIH/sida pour combler les besoins des principales populations. Les pays doivent continuer à identifier les principales populations insuffisamment desservies par les programmes actuels de lutte contre le VIH, aussi bien dans les épidémies généralisées que dans les épidémies concentrées. La riposte nationale au VIH doit tenir compte des besoins des jeunes – y compris des orphelins – et des femmes. Les pays doivent aussi prendre en considération les besoins des travailleurs migrants, des réfugiés ou des populations déplacées lors de crises humanitaires, des enfants de la rue, des travailleurs ou travailleuses du sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, des consommateurs de drogues injectables, des personnes handicapées, des prisonniers et des personnes âgées de plus de 50 ans.

Actions visant à renforcer la capacité des systèmes de santé à fournir des interventions et des services de lutte contre le VIH/sida

29. Les services du VIH/sida doivent être intégrés dans les composantes du système de santé (prestation de services de santé; effectifs sanitaires; systèmes d'information sanitaire; accès aux médicaments essentiels; financement des systèmes de santé; rôle moteur et gouvernance) et décentralisés vers des formations sanitaires de la base et les communautés, alors que les services d'orientation doivent être renforcés. Les agents de santé de première ligne et des districts devront être formés à l'utilisation d'approches intégrées. En outre, la prestation des services de santé doit être adaptée à la prestation de soins chroniques. La capacité des pays à mieux formuler leurs besoins en ressources destinées au renforcement des systèmes de santé devra être améliorée pour stimuler la mobilisation des ressources. À cet effet, les pays devront entreprendre les actions qui sont décrites ci-après, dans les paragraphes 30 à 34.

30. Renforcer le rôle d'encadrement et d'orientation des pouvoirs publics. Le rôle moteur du ministère de la Santé doit être renforcé pour comprendre la définition des priorités; l'élaboration de politiques judicieuses et de plans dans le cadre d'un processus consultatif et participatif; l'alignement des actions des divers partenaires et acteurs sur les priorités et plans définis; l'allocation de ressources et la garantie de leur utilisation rationnelle; l'obtention et le suivi des progrès; et la redevabilité en matière de résultats.

31. **Renforcer les ressources humaines pour la santé.** Les pays doivent particulièrement veiller à se doter de ressources humaines pour la santé suffisantes et disposant de l'éventail de compétences voulues pour travailler avec les personnes vivant avec le VIH et les populations affectées, grâce à l'intégration du VIH dans la formation spécialisée et en cours d'emploi. Les pays doivent adopter des politiques judicieuses, y compris en matière de recrutement et d'attribution/de permutation de tâches, pour surmonter la crise de ressources humaines pour la santé. Les programmes de lutte contre le VIH/sida doivent servir de point d'entrée à l'accroissement de la disponibilité, du rendement et de la fidélisation du personnel dans le contexte du renforcement des systèmes de santé. Les équipes chargées de la gestion de la santé au niveau des districts doivent être renforcées par une dotation en personnel et en compétences permettant de planifier, de mettre en œuvre et de suivre efficacement les interventions. Il faut par ailleurs établir des liens avec les organisations à base communautaire et les groupes de la société civile au niveau des districts.

32. **Consolider les systèmes d'approvisionnement et de gestion des fournitures médicales et renforcer la capacité des laboratoires.** Il faut renforcer la capacité à estimer et projeter les besoins, tout comme l'utilisation d'informations sur les meilleurs prix et les meilleurs fournisseurs si l'on veut garantir la disponibilité de diagnostics, de médicaments et de commodités de qualité. Les pays doivent utiliser les options qui leur sont ouvertes au titre de l'Accord sur les droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et de la Déclaration de Doha en ce qui concerne le recours aux licences obligatoires et aux importations parallèles de produits médicaux. Les systèmes de contrôle de la qualité des diagnostics et des médicaments doivent être renforcés. Les pays doivent s'assurer que les besoins en renforcement et décentralisation des services de laboratoire sont comblés comme il se doit, dans le cadre d'un plan intégré de mise en œuvre, et que la capacité d'entretien de l'ensemble des équipements médicaux et fournitures de laboratoire est renforcée.

33. **Renforcer les systèmes d'information stratégiques** pour suivre l'évolution de l'épidémie, la mise en œuvre et les résultats des interventions, tout comme la pharmacorésistance du VIH et la pharmacovigilance. Les pays doivent procéder à des revues régulières des programmes et produire des bases factuelles par la recherche pour améliorer la connaissance de l'épidémie, ce qui constitue la base de l'élaboration et de la revue de politiques et plans judicieux destinés à la riposte au VIH/sida.

34. **Inclure les questions de genre et les droits de l'homme dans la conception, la prestation et le suivi des services sanitaires.** Les programmes de lutte contre le VIH/sida doivent favoriser l'équité dans la prise de décisions portant sur la santé sexuelle, notamment la négociation pour une sexualité à moindre risque et l'utilisation de préservatifs masculin et féminin, tout en établissant des liens efficaces avec les programmes qui luttent contre les inégalités entre hommes et femmes. Il faudra également introduire des services relatifs aux violences faites aux femmes, y compris des services complets en faveur des survivants de viols ou d'autres violences sexuelles perpétrés lors de conflits ou dans d'autres situations d'urgence. La riposte nationale au VIH doit inclure l'application et le suivi de politiques et de pratiques visant l'élimination de la stigmatisation, de la discrimination et d'autres violations de droits de la personne humaine dans la prestation des services de soins de santé. Les politiques visant à agir sur d'autres principaux déterminants sociaux, notamment la pauvreté et les inégalités entre hommes et femmes, doivent aussi être intégrées dans les programmes de lutte contre le VIH/sida.

Rôles et responsabilités

États Membres

35. Les États Membres ont la responsabilité de veiller à ce que les systèmes de santé soient dotés de la capacité à assurer des prestations de services. Les gouvernements doivent jouer un rôle d'encadrement et d'orientation, nouer des partenariats avec la société civile et les personnes vivant avec le VIH/sida pour l'élaboration des plans. Les pouvoirs publics doivent également mobiliser et allouer les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la mise en œuvre, y compris des ressources internes et

externes, pour accélérer les interventions contre le VIH/sida. Ils doivent par ailleurs assurer la coordination efficace des interventions. Le secteur de la santé doit fournir l'orientation technique nécessaire à l'application de la présente stratégie régionale actualisée sur le VIH/sida, au titre de la collaboration intersectorielle, qui fait partie de la riposte multisectorielle. Les pays doivent se doter de politiques et outils appropriés, actualiser les plans stratégiques visant l'instauration de l'accès universel, mettre en œuvre les activités planifiées, assurer le suivi des programmes, ainsi que la coordination de l'ensemble des partenaires.

Organisation mondiale de la Santé et autres partenaires

36. L'OMS doit continuer à fournir des orientations techniques et normatives pour l'élaboration des plans d'action et la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes. L'OMS et d'autres partenaires comme l'ONUSIDA et d'autres institutions du système des Nations Unies, le PEPFAR, le Fonds mondial, la Fondation Bill et Melinda Gates, ainsi que des donateurs bilatéraux et multilatéraux doivent fournir un appui harmonisé aux pays dans la mobilisation et la planification des ressources. Ils doivent renforcer les capacités des gouvernements nationaux à mettre en œuvre et à coordonner les interventions prioritaires proposées.

Incidences en termes de ressources

37. D'après les estimations de l'ONUSIDA sur les coûts de la mise en œuvre d'un ensemble d'interventions essentielles de lutte contre le VIH/sida dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et sur la contribution de la Région africaine à la charge mondiale de morbidité, la mise en œuvre dans la Région de la présente stratégie actualisée qui vise à promouvoir l'accès universel d'ici 2015 devrait coûter environ US \$10-12 milliards par an^{30,31}. Les pays doivent encore s'efforcer d'atteindre la cible fixée dans la Déclaration d'Abuja, qui est d'allouer 15 % du budget national au secteur de la santé. Des ressources supplémentaires doivent être mobilisées auprès de partenaires au développement, en vue de renforcer le système de santé dans son ensemble, y compris par la dotation de ressources humaines pour la santé suffisantes et qualifiées et par l'amélioration des infrastructures. Des efforts doivent être faits pour supporter les dépenses liées à la fourniture de services sanitaires essentiels. Il s'agit notamment des coûts qu'il faut couvrir pour lutter contre la pandémie du sida, estimés à US \$44 par personne et par an en 2009, qui devraient se situer à US \$60 par personne et par an d'ici 2015³². Des méthodes innovantes de mobilisation de fonds auprès du secteur privé et industriel et des communautés doivent être trouvées. Les pays doivent mettre l'accent sur une utilisation rationnelle des ressources et la réallocation équitable de celles qui existent déjà, tout en renforçant leur capacité à absorber des ressources additionnelles.

38. Après l'adoption de sa stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida, l'OMS a élaboré un plan opérationnel³³ qui énumère ses domaines d'action prioritaires et fournit des détails concernant l'orientation normative, les conseils, l'assistance technique et d'autres produits et services qui seront mis en œuvre dans le Programme VIH à l'échelle mondiale et aux trois niveaux de l'Organisation. Le coût que l'OMS devra supporter pour fournir aux États Membres un appui dans la mise en œuvre de la stratégie mondiale, depuis son approbation en mai 2011 jusqu'à son échéance en fin d'année 2015, sont estimés à US \$515 millions. Pour l'exercice biennal 2012-2013, l'estimation de la dépense se chiffre à US \$175 millions. Selon les prévisions, 28 % de ce montant seront requis pour les activités de l'OMS dans la Région africaine.

³⁰ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). *Ce dont les pays ont besoin : Investissements nécessaires pour atteindre les objectifs de 2010*. Genève, 2009.

³¹ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). *Rapport de la journée mondiale du sida 2011*. Genève, 2011.

³² Organisation mondiale de la Santé. *The Constraints to scaling up the health MDGs: costing and financial gap analysis* – Document de fond du Groupe spécial sur le financement international novateur des systèmes de santé. Genève, 2010.

³³ Organisation mondiale de la Santé. *WHO's HIV Operational Plan, 2012/13–Implementing the Global Health Sector Strategy on HIV* (projet).

Suivi et évaluation

39. Les progrès réalisés vers l'atteinte des cibles définies dans la présente stratégie seront évalués par des revues périodiques et l'établissement de rapports annuels. Les indicateurs sur la disponibilité, la couverture, le résultat et l'impact des interventions, y compris concernant l'équité, ont été définis et convenus sur le plan mondial. Ces indicateurs orienteront le suivi de la stratégie en utilisant les systèmes qui existent déjà.

CONCLUSION

40. La charge du VIH/sida et son impact continuent de poser un problème majeur dans la Région africaine. L'épidémie a gravement miné les progrès réalisés sur le plan du développement humain au cours des décennies passées. Elle a entraîné une morbidité et une mortalité élevées, avec pour corollaire la réduction de l'espérance de vie et de graves conséquences sociales et économiques.

41. La Région a connu un engagement politique et financier sans précédent en faveur de la riposte au VIH/sida, avec à la clé un certain nombre de résultats probants comme la réduction du nombre de nouvelles infections à VIH, le recul de la mortalité liée au sida et l'amélioration de la qualité de vie pour les personnes vivant avec le VIH. Cependant, des efforts importants doivent encore être faits en matière de prévention, de traitement, de soins et de soutien dans le domaine du VIH afin de réduire le nombre de nouvelles infections, d'éliminer les nouvelles infections chez les enfants et de réduire la mortalité liée au VIH/sida, grâce aux interventions proposées dans le présent document de stratégie. Le renforcement continu des systèmes de santé constitue un impératif pour une mise en œuvre efficace des actions proposées.

42. Le Comité régional a examiné et adopté la stratégie proposée sur le VIH/sida pour la Région africaine.